

黄山市医疗保障局文件

黄医保〔2020〕51号

关于黄山市基本医疗保险慢性肾衰竭 (尿毒症期)门诊血液透析费用 实行按病种付费的通知

各区、县医疗保障局、局属各单位、各有关医疗机构：

经研究决定，自2020年6月1日起对全市城乡居民和城镇职工基本医疗保险慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊血液透析费用实行按病种付费。现就有关事项通知如下：

一、适用医疗机构范围

黄山市内具备门诊血液透析执业资质且实现医保费用即时结算的慢性病协议医疗机构。

二、定额标准及支付比例

疾病名称	主要治疗方式	按病种付费范围	医保支付标准（元）		医保基金支付比例（%）		个人自付比例（%）	
					城镇职工	城乡居民	城镇职工	城乡居民
慢性肾衰竭（尿毒症期）	血液透析（含高通量，不含腹膜透析、血液滤过、灌流等）	(1) 血液透析包括碳酸液透析或醋酸液透析；(2) 血液透析监测；(3) 透析器（含高通量）、管道；(4) 血液透析治疗用药（肝素钠、低分子肝素、尿激酶等）和预充管路用生理盐水；(5) 慢性肾功能衰竭维持性用药及慢性并发症用药（包括抗贫血药、降压药、治疗继发性甲状旁亢用药、治疗心脏病合并症用药等）；(6) 透析过程中急性并发症处理及抢救用药；(7) 定期常规检查项目。	三级	520	85%	80%	15%	20%
			二级	500	90%	85%	10%	15%
			其他	470	90%	85%	10%	15%

注：医保基金按照医保支付标准的固定比例支付，患者按照实际费用的固定比例支付。

三、相关事项

1. 慢性肾衰竭（尿毒症期）除门诊血液透析外，其他按病种付费范围之外的目录内药品和诊疗项目（腹膜透析、血液滤过、灌流、检查化验等）费用按特殊慢性病报销政策执行，不执行门诊按病种付费政策；住院期间发生的血液透析费用纳入住院总费用，按住院报销政策执行。

2. 按病种付费一律实行医保费用即时结算。非即时结算、市外医疗机构发生的慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊血液透析费用按

特殊慢性病报销政策执行，不执行门诊按病种付费政策。

3. 慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊血液透析费用按病种付费不受药品目录和诊疗目录限制，医保支付的定额基金累计计入参保人员医疗保险年度最高支付限额。

4. 若同时患有城镇职工医保和城乡居民医保规定的其他相关慢性病并获得相应慢性病证的，其治疗相应慢性病的费用按照相应慢性病的报销政策执行。

四、工作要求

1. 做好信息系统维护工作。经办机构要切实做好信息系统维护工作，并按属地管理原则督促辖区内血透按病种付费医疗机构按时做好his系统改造，确保慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊血液透析费用按病种付费按期实施。

2. 加强医药费用审核。各级经办机构一旦发现并核实医疗机构存在故意虚记门诊血液透析次数、住院期间血液透析费用按病种付费政策结算、在门诊单独开具按病种付费范围内药品等各种违规行为的，严格按照医疗保险有关规定和协议约定处理，直至追究法律责任。

3. 加强政策宣传。各级各部门要积极回应社会关切，做好宣传和解释，确保政策调整工作的有效衔接和平稳过渡。

黄山市医疗保障局
2020年5月15日

